Fiche de renseignement

Prénom et Nom \*

Numéro de téléphone portable \*

Adresse mail \*

Date de naissance







Avez-vous déjà pratiqué le yoga? \*

 Oui, ponctuellement

 Oui, régulièrement

 Non

Pratiquez-vous des douches ou bains froids régulièrement? \*

 Oui

 Non

Savez-vous nager ? \*

 Oui

 Non

Etes-vous plutôt à l’aise dans l’eau ? \*

 Oui

 Non

Avez-vous déjà pratiquez la méthode Wim Hof? \*

 Oui de temps en temps

 Oui régulièrement

 Non, mais je connais

 Non, et je n'en ai jamais entendu parlé

Avez-vous des problèmes de d’hypertension artérielle ? \*

Avez-vous des problèmes cardiaques? \*

Avez-vous des intolérances ou allergies alimentaires? Si oui, lesquelles? \*

Avez-vous d'autres problèmes de santé que ceux cités ci-dessus? \*

Commentaires